

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Léon-Louis MANTEAU

Né le 9 Juin 1913, à REIMS (Marne)

De l'Hypertrophie Parotidienne
Habituelle

Président : M. HARVIER, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Léon-Louis MANTEAU

Né le 9 Juin 1913, à REIMS (Marne)

De l'Hypertrophie Parotidienne
Habituelle

Président : M. HARVIER, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 N...
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBoullet
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 BEZANÇON.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 CROUZON.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD Henri. Pathologie médicale.
 BERNARD EL. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 FEY Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FUNCK- Urologie.
 BRENTANO
 GASTINEL Pathologie chirurgicale.
 GAILLARD Parasitologie.
 CHEVALLIER . Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LELONG Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
LEROUX	Anatomie pathologique.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CPABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY-	
RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCO	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152019_0091

A MA GRAND'MERE

A MES PARENTS

A MA GRAND'TANTE

MADemoisELLE CLERMONTÉ

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

*Professeur de Thérapeutique
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin à l'Hôpital de la Pitié*

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAILLIET

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Médecin des Hôpitaux de Reims

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a fourni les éléments
nécessaires à son élaboration.

En, témoignage de notre profonde
reconnaissance.

AU DOCTEUR RENÉ JACQUINET
Directeur Honoraire de l'Ecole de Médecine de Reims

AU DOCTEUR TECHOUHEYRES
Directeur de l'Ecole de Médecine de Reims

AU DOCTEUR BOUVIER
Chirurgien des Hôpitaux de Reims

AU DOCTEUR MORANGE
Médecin des Hôpitaux de Reims

A MES MAÎTRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE REIMS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HÔPITAUX DE PARIS

Hommage reconnaissant.

De l'Hypertrophie Parotidienne Habituelle

INTRODUCTION

L'hypertrophie des parotides, lorsqu'elle ne s'accompagne pas des symptômes marquants des parotidites, est relativement banale. Elle l'est même à ce point qu'elle passe le plus souvent inaperçue à moins d'atteindre des proportions considérables donnant le facies piriforme.

Toutefois, si l'on examine systématiquement les parotides d'un grand nombre d'individus, on sera étonné de la fréquence de cette manifestation.

Nous apportons 159 observations inédites de ce genre recueillies par le Docteur RAILLIET, que nous remercions d'avoir bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous faire profiter de ses recherches dans une clientèle de médecine générale depuis 1918.

Hypertrophie parotidienne ne signifie pas absolument parotidite. En effet, si la parotidite s'accompagne en général de tuméfaction de la glande et d'une symptomatologie variable suivant l'évolution aiguë ou chronique, il existe par contre toute une catégorie de sujets présentant habituellement des parotides hypertrophiées sans autre symptôme que la tuméfaction.

Ce sont ces cas que nous étudions sous le nom d'Hypertrophie Parotidienne Habituelle. Ce terme écarte d'emblée les parotidites aiguës et nous permet de conserver certains cas où la tuméfaction subit des variations temporaires.

Après avoir décrit les caractéristiques de cette manifestation, qui ne saurait être englobée dans les parotidites chroniques, nous ferons ressortir certaines particularités d'étiologie et de pathogénie.

HISTORIQUE

L'hypertrophie simple des parotides fut mentionnée au milieu du XIX^e siècle par GÉRARD et BAUCHET, puis rappelée par BRANLAT (1874) et PLANTEAU (1876). COMBY (1882) ayant signalé son existence chez plusieurs saturnins, la théorie saturnine fut complaisamment acceptée.

L'exubérance parotidienne fait l'objet de la thèse de BRUNEAU (1901) qui s'efforce de réfuter la théorie saturnine au profit du tabagisme.

La maladie de MICKULICZ, décrite en 1888, est caractérisée par une hypertrophie concomitante des glandes lacrymales et salivaires. MICKULICZ ayant reconnu comme siens des cas limités aux glandes lacrymales, on étendit cette affection à des cas limités aux glandes salivaires. C'est ainsi que sous le terme de Mickulicz frustes ou atypiques furent publiées les observations de JAYLE, KUMMEL, RANZI, GOUGET, FRENKEL, SAUSSOL, SICARD et LEBLANC, SOUQUES et CHENÉ, et plus récemment ESCANDE où figurent des cas avec atteinte exclusive des parotides.

La parotidite saturnine, étudiée par COMBY, puis par CLAISSE et DUPRÉ, se manifeste par une hypertrophie

parotidienne habituelle due à une intoxication professionnelle.

La parotidite syphilitique diffuse est bilatérale et torpide, survenant généralement chez des syphilitiques à une période avancée de la maladie (VUILLET). Sa grande rareté a été notée par ALPERN.

Le Mangy, affection spéciale à Madagascar, a fait l'objet d'une communication de FONTOYNONT en 1911. Il est caractérisé par « une parotidite généralement bilatérale qui est à la parotide ce qu'est le goitre à la thyroïde ». L'année suivante, LERI et GUTMAN trouvent, en Algérie, une affection rappelant le Mangy par son caractère familial et régional, et consistant en une hypertrophie symétrique des trois paires de glandes salivaires.

Les parotides invariables ont été étudiées par MATTEI aux armées (1918). La moitié des soldats évacués pour oreillons présentaient « des parotides vraies non ourliennes, parmi lesquelles de nombreux cas de parotides invariables sans autres signe clinique que la tuméfaction ».

La même année, RAILLIET confirme ces recherches sur les grosses parotides des combattants et signale la fréquence de l'hypertrophie habituelle des parotides, qui « crée des difficultés parfois insurmontables, en cas d'épidémie, à faire le diagnostic d'oreillons ».

L'hyperparotidie de DALCHÉ (1920) et THIBERT (1922) est ainsi définie : « Accidents parotidiens accompagnés le plus souvent d'une augmentation de volume

de la glande, mais caractérisés quelquefois par un simple hyperfonctionnement, et en rapport avec des troubles endocriniens ». Pour THIBERT l'évolution peut être aiguë, subaiguë ou chronique.

Mentionnons le syndrome de HEERFORDT caractérisé par une parotidite, une iridocyclite et une paralysie faciale. Certains auteurs admettent actuellement que le syndrome de MICKULICZ en est une variété.

Pour les cas qui font l'objet de ce travail, nous conserverons la dénomination Hypertrophie Parotidienne Habituelle qui avait été mise en relief par RAILLIET dans son étude de 1918.

ETUDE CLINIQUE

Nous serons aussi bref que possible sur la symptomatologie de l'Hypertrophie Parotidienne Habituelle qui est d'une constatation facile pour qui la recherche systématiquement.

Elle est le plus souvent bilatérale et symétrique, de volume variable. A l'opposé des cas où la tuméfaction considérable donne le facies piriforme, on trouve des parotides légèrement hypertrophiées et simplement palpables. Entre ces deux extrêmes existent tous les types intermédiaires.

Cette tuméfaction s'installe toujours de façon insidieuse et le début en est ignoré du sujet. Généralement il en est averti par son entourage, par le barbier, dans un cas de SOUQUES, ou par le médecin. Si des phénomènes aigus locaux, tels qu'oreillons ou otite, ont attiré l'attention sur l'hypertrophie au début, le sujet ne manquera pas d'accuser ces affections. Dans un cas de FEIL où la tuméfaction avait été remarquée l'homme « croyait engraisser et s'en réjouissait ».

Lorsqu'elle atteint un certain volume cette hypertrophie parotidienne reste stationnaire.

La majorité de nos cas comprennent des hyper-

trophies de volume moyen. Nous comptons, en dehors de celles-ci :

27 parotides très volumineuses.

15 parotides peu grosses et simplement palpables.

Dans certaines circonstances, par suite de modifications tenant à l'état humoral du sujet, on peut noter des variations de volume. Ainsi les parotides ont augmenté aux moments de fatigue, à l'occasion de bains froids, à l'époque des règles ou à la ménopause, par administration d'iodure de potassium. Elles peuvent régresser à la suite d'un traitement opothérapique ou d'un traitement antisyphilitique.

L'indolence absolue et l'absence de symptômes fonctionnels et généraux constituent un caractère constant. Exceptionnellement seront notées une sensation de tension, si la tuméfaction devient volumineuse, de la sialophagie et de l'aérophagie, si la salivation est exagérée, et, plus rarement encore, de la sécheresse de la bouche.

La palpation révèle une tuméfaction conservant la consistance élastique de la glande normale. La dureté est surtout le fait des hypertrophies de gros volume. Il ne faut jamais s'en tenir à la seule inspection qui risquerait de grossières erreurs. En effet, « des joues adipeuses, des angles maxillaires saillants, des masséters puissants, à la rigueur de l'œdème, une adénite préauriculaire ou angulo-maxillaire pourraient en imposer pour des glandes volumineuses » (RAILLIET).

Le canal de Sténon n'offre pas de caractères parti-

culiers. Dans plusieurs cas nous l'avons trouvé légèrement induré. Son orifice est normal ; s'il est parfois rouge, on peut accuser une irritation locale due au tabac ou à une carie dentaire.

Les deux autres paires de glandes salivaires, sous-maxillaires et sublinguales, indemnes dans la plupart des cas, présentent assez rarement une hypertrophie de même caractère que celle des parotides.

Ainsi il s'agit d'individus ayant, de façon habituelle, le facies ourlien et sans autre symptôme. C'est pourquoi, à la dernière guerre, comme MATTEI et RAILLIET l'ont souligné, dès qu'une quelconque poussée thermique survenait, ces sujets étaient aussitôt isolés et revenaient sans avoir changé d'aspect.

CAS ASYMÉTRIQUES ET UNILATÉRAUX.

Si la symétrie est habituelle, on peut cependant observer des cas asymétriques ou même unilatéraux, l'une des deux parotides ayant subi une hypertrophie moindre ou étant restée de volume normal. Nous avons compté dans nos observations :

16 hypertrophies bilatérales asymétriques.

9 hypertrophies seulement unilatérales.

Dans ces cas, il est possible de faire intervenir des facteurs locaux tels que : mastication unilatérale, port unilatéral de la cigarette ou de la chique, mauvaise dentition localisée d'un côté et même, dans une certaine mesure, l'habitude du décubitus latéral pratiqué toujours du même côté (MOREL).

RAPPORTS AVEC LE SYNDROME DE MICKULICZ.

Le syndrome de MICKULICZ auquel nous avons fait place dans l'historique, comporte une tuméfaction symétrique des glandes salivaires et lacrymales. Nous avons signalé que beaucoup d'auteurs ont présenté l'hypertrophie isolée des glandes salivaires et, même, celle des seules parotides, sous le nom de **syndrome de MICKULICZ fruste ou atypique**.

Notre Hypertrophie Parotidienne Habituelle doit-elle rentrer dans ce cadre ?

Nous pensons, suivant la conception initiale de MICKULICZ, que la condition nécessaire et suffisante du syndrome est la présence de tuméfaction des glandes lacrymales.

L'hypertrophie parotidienne habituelle peut donc faire partie du syndrome mais, seule, elle ne saurait en constituer une forme fruste ou atypique.

ETIOLOGIE

I — SEXE

BRUNEAU a constaté l' « exubérance parotidienne » seulement chez les hommes.

FONTOYNONT a trouvé le Mangy avec une égale fréquence dans les deux sexes.

Sur 159 observations nous relevons :

— 98 sujets de sexe masculin.

— 61 de sexe féminin.

Il semble donc que le sexe soit indifférent.

II — AGE

Pour BRUNEAU, c'est « une affection de l'âge mûr semblant débiter chez l'adulte et surtout bien nette après l'époque où les glandes, comme le corps, atteignent leur complet développement physiologique ».

Le Mangy a été observé par FONTOYNONT à des âges variables à partir de quatre ans, mais surtout dans le jeune âge.

Marthe EHRLICH, qui a étudié l'hypertrophie des

parotides sur les enfants des colonies de vacances, ne l'a pas relevé au-dessous d'un an.

FAROY décrit chez le nourrisson hérédo-syphilitique une hypertrophie du tissu conjonctif interstitiel de la parotide, mais il s'agit de constatations anatomo-pathologiques chez des nourrissons tarés.

Nos sujets se répartissent ainsi :

46 ayant dépassé l'âge de 50 ans.

87 âgés de 25 à 50 ans.

15 âgés de 15 à 25 ans.

5 âgés de 5 à 15 ans.

1 enfant de 2 ans.

Nous admettrons donc que l'hypertrophie parotidienne habituelle se rencontre à tout âge mais très rarement dans l'enfance.

III — PROFESSION

L'hypertrophie parotidienne d'origine saturnine est bien connue.

FONTOYNONT a trouvé le Mangy surtout chez des cultivateurs.

Nos sujets pratiquent les professions les plus diverses, tant actives que sédentaires. Nous avons séparé quinze cas de travailleurs maniant des objets métalliques et pour lesquels on pourrait penser à une intoxication. Ce sont :

- 1 tourneur sur métaux maniant fer, cuivre, bronze et faisant des joints au minium deux fois par semaine.
- 4 plombiers-couvreurs dont 2 portent des traces de liseré gingival.
- 4 peintres dont 2 ont eu des coliques de plomb.
- 4 mécaniciens maniant parfois le minium.
- 1 marchand de fer.
- 1 femme ayant travaillé dans les accumulateurs et ayant présenté des coliques de plomb.

Le saturnisme peut donc être incriminé avec certitude dans 5 cas sur 159. Il faut d'ailleurs noter sa régression sous l'influence de l'hygiène professionnelle.

Nous avons aussi mis à part :

- 3 verriers souffleurs.
- 1 joueur de clairon (qui figure déjà parmi les peintres).

Chez lesquels on pourrait invoquer une dilatation canaliculaire par l'air sous pression. Le fait est possible, de l'avis de TRÉMOLIÈRES et CAUSSADE qui produisent des symptômes identiques par l'insufflation de la glande.

IV — ETAT DE SANTE

Les porteurs d'hypertrophie parotidienne habituelle se présentent devant le médecin pour les affections les plus diverses mais, jamais, ils n'ont consulté pour la tuméfaction parotidienne.

Nous avons relevé les troubles de nos sujets et, d'après l'ordre de fréquence nous notons les affections suivantes :

- 34 affections pulmonaires.
- 24 affections thyroïdiennes (dont 20 goitres).
- 21 affections nerveuses.
- 14 affections cutanées.
- 9 rhumatismes.
- 7 hypertensions.
- 3 diabète.
- 3 troubles variqueux.
- 13 sujets en cours de traitement antisyphilitique.

Il est difficile de trouver un lien entre des affections aussi diverses. Cependant, signalons dès maintenant la fréquence de l'association hypertrophie des parotides et hypertrophie du corps thyroïde.

CRAFFE a montré que l'hypertrophie parotidienne pouvait être observée dans les affections mentales, mais son étude a surtout porté sur des malades d'asile.

V — HEREDITE ET TERRAIN

KULBS a publié, comme syndrome de MICKULICZ, le cas d'un sujet dont le père, 5 frères, 2 sœurs et 2 petits-fils présentaient la tuméfaction des parotides.

FONTOYNONT a relevé fréquemment le Mangy chez les deux générateurs et dans la même famille.

Parmi nos sujets dont les souvenirs sont assez nets,

nous comptons 6 dont les parents avaient de grosses joues, 3 ayant eu des frères tuberculeux, 2 d'hérédité alcoolique et un certain nombre d'hérédo-syphilitiques.

VI — SYPHILIS

Pour MOSCOVICI, le syndrome de MICKULICZ est la Syphilis des glandes lacrymo-salivaires. ALPERN, qui a étudié la parotidite syphilitique, admet sa grande rareté. FAROY et RIBADEAU-DUMAS décrivent une parotidite hérédo-syphilitique qui peut s'accompagner d'hypertrophie de la glande.

Nous avons fréquemment rencontré l'hypertrophie parotidienne chez des syphilitiques. Dans 11 de nos cas, il s'agissait de syphilis anciennes certaines, dans 5 cas, de syphilis récente. Malheureusement, l'impossibilité de pratiquer systématiquement la réaction de Wassermann chez tous les porteurs de grosses parotides a limité nos recherches.

VII — AFFECTIONS PULMONAIRES

Nous avons remarqué que 34 de nos sujets présentaient une affection pulmonaire. Leur répartition est la suivante :

- 17 touseurs chroniques.
- 14 emphysémateux.
- 2 hémoptysies.
- 1 congestion pulmonaire.

Il existe donc un fort pourcentage de tousseurs. La même constatation avait été faite par PAVIOT qui trouve parmi les porteurs d'hypertrophie des parotides des sujets le plus souvent de forte corpulence, atteints de « sclérose pulmonaire diffuse avec emphysème et broncho-alvéolite à répétition ». S'appuyant sur des examens histologiques pratiqués par lui-même, il conclut que l'hyperplasie, qui ne comporte pas d'altération de structure, paraît en rapport avec l'hyperfonctionnement de la glande et avec la tuberculose atténuée.

CORDIER, de Lyon, a isolé un type clinique d'emphysémateux-obèse-à parotides. C'est « un bel homme un peu empâté, au cou télescopé, dépassant presque toujours 1 m. 70 » et présentant « le syndrome emphysémateux avec un thorax en tonneau, la vraie respiration emphysémateuse étayée de sa percussion typique et d'un cortège aléatoire de bronchite ». Cet auteur a noté la présence de troubles endocriniens et obtenu des améliorations remarquables par l'administration d'extraits pulmonaires, pancréatiques et orchidiens.

VIII — INTOXICATIONS

Beaucoup d'intoxications retentissent sur les parotides mais peu laissent une tuméfaction chronique. Celle de la parotidite saturnine que nous avons mentionnée à propos des professions, est bien connue.

FONTOYNONT admet pour le Mangy la possibilité d'une intoxication par les aliments ou les eaux de boisson. Les indigènes de Madagascar, plus simplement, incriminent l'alimentation en pommes de terre.

IX — CARENCE ALIMENTAIRE

Marthe EHRLICH qui a constaté de l'hypertrophie des parotides chez 9 % des enfants des colonies de vacances (de 1916 à 1919), accuse la carence alimentaire. En effet les tuméfactions diminuaient et même disparaissaient en même temps que l'alimentation devenait plus variée.

X — TROUBLES GLANDULAIRES

DALCHÉ et THIBERT admettent que l'hyperparotidie est en rapport avec des troubles endocriniens. D'autre part la théorie glandulaire est souvent évoquée dans la genèse de la maladie de MICKULICZ.

Nous pensons qu'il y a une relation étroite entre les troubles endocriniens et un grand nombre de cas d'hypertrophie parotidienne habituelle et nous nous efforcerons au chapitre suivant d'exposer les raisons de cette hypothèse.

XI — TROUBLES NERVEUX

La théorie nerveuse, surtout la théorie endocrino-sympathique, compte aussi ses partisans. C'est une opinion d'autant plus légitime que le fonctionnement glandulaire est réglé par le système végétatif et qu'il existe entre eux des interactions extrêmement importantes.

XII — INFLUENCES LOCALES

Rapports avec les oreillons.

L'hypertrophie parotidienne habituelle donnant le facies ourlien de façon chronique, le rapprochement s'imposait de lui-même. Aussi les indigènes de Madagascar considèrent le Mangy comme les oreillons passés à l'état chronique. Mais FONTOYNONT estime que cette affection est indépendante des oreillons car elle se rencontre chez des sujets indemnes d'atteinte ourlienne et elle est absente chez d'autres ayant eu les oreillons. Cependant elle peut se présenter après l'infection ourlienne qui lui donnerait alors un coup de fouet.

Léopold LÉVI admet que les parotides peuvent, dans certains cas, rester volumineuses et donner l'apparence d'oreillons chroniques par suite de congestions répétées de ces glandes (faux-oreillons congestifs).

MATTEI a noté l'absence du syndrome ourlien et l'absence d'orchite dans les grosses parotides invariables. Une preuve importante réside dans le fait que ces individus contractaient précisément les oreillons à l'hôpital, au contact des vrais ourliens. D'autre part, examinant systématiquement l'état des glandes salivaires chez des sujets guéris d'oreillons vrais, il ne trouve pas de parotides restant indemnes et saillantes.

RAILLIET considère qu'il n'y a pas en général d'antécédent ourlien et qu'en temps d'épidémie, le sujet présentant l'hypertrophie parotidienne habituelle a toutes chances d'être évacué sur un service de contagieux où il risque de se contaminer. Dans ce cas il est considéré comme présentant une rechute ou une récurrence d'oreillons.

CRAFFE sur 23 observations de malades atteints de troubles mentaux n'a relevé aucune infection ourlienne antérieure.

Par contre, ESCANDRE (1933) à propos d'un soldat de vingt et un ans qu'il présente comme syndrome de MICKULICZ fruste écrit : « l'atteinte ourlienne paraît avoir été à l'origine de l'hypertrophie des parotides ».

Nos 159 sujets ont été interrogés sur leurs antécédents et, à part ceux dont nous n'avons pu obtenir de réponse précise, nous comptons :

84 sujets sans atteinte ourlienne antérieure.

23 sujets ayant eu les oreillons dont 2 avec complications orchitiques.

L'Hypertrophie Parotidienne Habituelle est donc

observée dans la majorité des cas chez des sujets indemnes d'oreillons. D'autre part il est difficile d'avancer qu'il peut y avoir eu une atteinte ourlienne fruste passée inaperçue. Il n'en reste pas moins qu'on peut rencontrer l'hypertrophie des parotides chez des individus ayant eu les oreillons.

L'hyperfonctionnement.

La parotide peut-elle présenter une hyperplasie fonctionnelle dans les cas où sa sécrétion est augmentée quantitativement ? C'est l'avis de BRUNEAU dans sa théorie tabagique.

Comme la salivation est provoquée par l'acte mastigatoire, nous avons relevé les variations de l'appétit de nos sujets parmi lesquels nous avons 72 gros mangeurs soit près de la moitié des cas ; les autres sont des mangeurs moyens et il n'y a que 12 petits mangeurs.

Il est donc incontestable que l'hypertrophie parotidienne est fréquente chez les forts mangeurs. Cette théorie de l'hyperfonctionnement ne contredit pas la théorie glandulaire. En effet si la parotide possède à la fois une sécrétion interne et une sécrétion externe, il est probable que, les éléments sécrétoires étant intimement mêlés dans le tissu parotidien, les troubles de l'une réagissent sur l'autre et peuvent provoquer une hypersécrétion.

Le tabagisme.

BRUNEAU donnait, comme cause déterminante, l'action du tabac favorisée par une mauvaise dentition. La surproduction salivaire consécutive à l'habitude de fumer ou de chiquer provoquerait le développement exagéré du tissu glandulaire. Nous sommes ramenés ainsi à la théorie de l'hyperfonctionnement.

Nous avons compté parmi nos sujets 4 chiqueurs et 58 fumeurs dont 7 très grands fumeurs et 17 peu fumeurs.

D'autre part la dentition est généralement défec-
tueuse, ce qui est de constatation courante.

Infections de voisinage.

Pour MICKULICZ, l'affection dépendait d'une inflammation propagée par la muqueuse. Parti des canaux lacrymaux, elle aurait gagné la bouche par le rhinopharynx.

KUMMEL incrimine la rhinite chronique.

DE JONG accuse les lésions pharyngées et nasales.

MOSCOVICI note la fréquence de ces affections de voisinage : altérations de la muqueuse, conjonctivites, rhinites, végétations adénoïdes, iritis nodulaire.

Nous avons trouvé chez nos sujets diverses altérations de la muqueuse buccale : des leucoplasies, le plus souvent tabagiques, quelquefois syphilitiques,

dans un cas néoplasique ; des inflammations de la muqueuse et quelquefois de la rougeur à l'orifice du canal de Sténon probablement due à l'usage du tabac

Parmi les leucoplasies dont 39 sujets sont porteurs, 11 sont discrètes (simple voile opalin), et 28 sont nettes. Remarquons au passage la rareté de plus en plus grande de la leucoplasie depuis 1920, probablement à cause du développement de l'hygiène et de la lutte contre la syphilis alors que pendant la guerre tout était plus précaire.

RAPPORTS DE L'H. P. H. AVEC LES TROUBLES ENDOCRINIENS

A propos de l'étiologie, nous venons de constater le rapport établi par différents auteurs d'une part, entre l'Hyperparotidie et les troubles glandulaires, d'autre part, entre la maladie de MICKULICZ et les troubles endocriniens.

Dans beaucoup de cas d'hypertrophie parotidienne habituelle, il est possible, par une recherche systématique, de mettre en évidence des symptômes concomitants de dysfonctionnement glandulaire.

Une certaine difficulté réside dans le polymorphisme de ces symptômes, qui consistent généralement en « un syndrome d'insuffisance polyglandulaire avec prédominance de l'insuffisance d'une glande en particulier » (Léopold LÉVI).

Aussi fragmenterons-nous artificiellement la question en étudiant successivement l'association de l'hypertrophie parotidienne habituelle avec :

- 1° Les troubles polyglandulaires ;
- 2° Les troubles thyroïdiens ;
- 3° Les troubles des glandes génitales ;
- 4° Les troubles pancréatiques ;

5° L'obésité ;

6° Les troubles hypophysaires.

De la sorte nous pourrions établir un rapport entre quelques glandes endocrines et la parotide, surtout en ce qui concerne les relations thyro-parotidiennes.

I — HYPERTROPHIE PAROTIDIENNE HABITUELLE ET TROUBLES POLYGLANDULAIRES

APERT, en 1904, étudiait un enfant de douze ans présentant de l'hypertrophie des parotides et en outre de l'insuffisance thyroïdienne et de l'insuffisance testiculaire.

A propos de la physiopathologie du corps thyroïde, Léopold LÉVI et DE ROTSCCHILD citent un paralytique de 54 ans dont les parotides sont hypertrophiées, atteint d'hypothyroïdie (hypotrichose, frilosité, épaississement des membres), d'hypertrophie mammaire et d'hypogénitalisme (peu de rapports sexuels, aucune gêne par la continence forcée).

Une observation similaire est apportée par BERTHON dans son étude sur la maladie de MICKULICZ. Elle concerne un camionneur de vingt-cinq ans, porteur d'hypertrophie des trois paires de glandes salivaires, et présentant de l'hypothyroïdie, de l'hypertrophie mammaire et de l'hypogénitalisme (faible développement des organes génitaux, verge presque cachée sous des plis cutanés, bourses vides : petit testicule droit, testicule gauche non perçu).

L'association de l'hypertrophie parotidienne avec les troubles polyglandulaires se retrouve dans beaucoup d'autres cas, mais nous allons maintenant souligner la place prépondérante occupée par les symptômes thyroïdiens.

II — HYPERTROPHIE PAROTIDIENNE HABITUELLE ET TROUBLES THYROIDIENS

Ce chapitre des rapports thyro-parotidiens est, à notre avis, l'un des plus importants de cette étude.

À la fin de la guerre, RAILLIET publiait l'observation d'un coiffeur de vingt-sept ans présentant du Basedowisme fruste post-émotionnel. Chez cet individu commotionné par la déflagration d'un obus, s'était établie depuis deux ans, en même temps que les symptômes thyroïdiens, une hypertrophie bilatérale des parotides.

ABRAND présentait en 1920 (à la Société de Pédiatrie) un enfant de 12 ans, dont la région parotidienne avait un développement marqué, atteint de myxoedème hérédosyphilitique. Une amélioration fut obtenue par l'action d'un traitement mercuriel et thyroïdien.

À propos de l'Hyperparotidie, DALCHE cite une femme de cinquante ans, avec goitre et tuméfaction parotidienne et sous-maxillaire simulant les oreillons, consultant pour hyperthyroïdie (accélération du pouls, bouffées de chaleur, état névropathique) et hypoovarie.

Dans la communication de MÉRY, GIRARD et MER-

CIER-DESROCHETTES, une fillette de treize ans atteinte de maladie de MICKULICZ présente un syndrome polyglandulaire fruste lié à un état de sympathicotonie.

Parmi les 22 cas cités par CRAFFE, à propos de l'hypertrophie des glandes salivaires observée dans les affections mentales, nous en relevons 7 avec association de troubles thyroïdiens dont 4 hyperthyroïdies. De plus 3 de ces dysthyroïdiens présentent de l'insuffisance de développement des organes génitaux.

Sur nos 159 observations nous comptons 24 sujets thyroïdiens, dont 3 hommes seulement, se répartissant ainsi :

20 hyperthyroïdies :

5 maladie de Basedow. Obs. 1, 11, 12, 13, 15.

4 Basedow incomplets.

Obs. 3, kyste thyroïdien et tachycardie.

Obs. 8, goitre et tachycardie.

Obs. 9, goitre et exophtalmie.

Obs. 21, goitre et tremblement.

2 hyperthyroïdies sans goitre.

Obs. 2 et 17, tremblement et tachycardie.

9 goitres simples.

Obs. 5, 6, 10, 14, 18, 19, 20, 22, 24.

4 hypothyroïdies :

2 goitres avec hypothyroïdie.

Obs. 7, 23.

2 hypothyroïdies simples.

Obs. 4, 16.

Soit au total 20 sujets portant une hypertrophie du corps thyroïde associée à celle des parotides. Il est à noter que les 21 thyroïdiennes représentent 35 % de nos cas féminins (59 observations) et que la plupart d'entre elles sont atteintes de troubles menstruels.

L'observation clinique permet donc de constater des relations thyro-parotidiennes, mais surtout chez les femmes. Comme la glande thyroïde est étroitement solidaire des autres glandes endocrines de l'organisme, il est permis d'avancer qu'elle constitue peut être un relai entre les parotides et les autres glandes à sécrétion interne.

III -- HYPERTROPHIE PAROTIDIENNE HABITUELLE ET TROUBLES GENITAUX

Dans les observations que nous venons de citer, l'insuffisance génitale figurait fréquemment à côté des symptômes principaux. Il est des cas où elle constitue le symptôme dominant chez des porteurs d'hypertrophie parotidienne habituelle.

DE JONG et JOSEPH ont observé un enfant de quinze ans, dont les glandes salivaires étaient hypertrophiées depuis trois ans, chez qui on notait de l'infantilisme et un développement insuffisant des organes génitaux et des extrémités osseuses.

Dans un cas de BERTHON, un porteur de syndrome de MICKULICZ présente une insuffisance testiculaire marquée. Le même auteur cite une ménagère de qua-

rante-huit ans dont les règles furent toujours irrégulières et peu abondantes jusqu'à la ménopause, vers quarante-quatre ans, avec les symptômes suivants : légère atrophie du corps thyroïde ; troubles sympathiques ; au toucher vaginal : utérus petit avec sclérose atrophique. Ce cas fut amélioré par administration de cachets de poudre d'ovaire, mais sans effet sur les parotides.

DALCHE attire l'attention sur les hyperparotidies en rapport avec des troubles ovariens. Dans un de ses cas, une hyperparotidie et une hyperthyroïdie étaient apparues depuis la ménopause. Dans une autre observation, une femme inféconde de trente et un ans, insuffisante ovarienne à petit utérus, présentait une hyperparotidie à poussées menstruelles.

THIBERT cite un sujet de quarante-deux ans, avec tuméfaction parotidienne bilatérale, chez qui existe un affaiblissement du sens génital. Le même auteur trouve chez un autre individu, porteur d'hypertrophie parotidienne, un testicule atrophié, l'autre ayant été enlevé pour ectopie.

Dans 8 observations de femmes citées par CRAFFE, figurent 3 cas avec insuffisance ovarienne.

Nous avons relevé, chez les 59 femmes dont nous apportons les observations, les symptômes génitaux suivants :

- 11 ont subi la ménopause.
- 2 ont été ovariectomisées.
- 13 réglées après l'âge de 13 ans.

7 réglées avec avance (dont 3 peu et 3 abondamment).

7 réglées avec retard (dont 3 peu et 2 abondamment).

7 réglées régulièrement et peu abondamment.

1 réglée régulièrement avec abondance.

2 consultent pour fibrôme.

La diminution de la fonction ovarienne est donc fréquente chez les femmes atteintes d'hypertrophie parotidienne habituelle.

Rappelons d'un autre côté que le fonctionnement génital éveille des échos dans le domaine salivaire. Citons le ptyalisme consécutif aux excès sexuels (PEYER), la sialorrhée des femmes enceintes (TANQUEREL des PLANCHES). Les oreillons peuvent donner des complications génitales telles qu'orchite ou ovarite, de même que le saturnisme, outre la tuméfaction parotidienne, produit quelquefois des tuméfactions testiculaires. Enfin les parotidies post-opératoires surviennent surtout après des opérations abdominales portant sur les organes génitaux (MOREL).

Devant ces faits cliniques, ainsi que nous l'avons établi pour la thyroïde, semble s'imposer l'existence des relations génito-parotidiennes.

IV - HYPERTROPHIE PAROTIDIENNE HABITUELLE ET TROUBLES PANCREATIQUES

L'hypertrophie des parotides avait été constatée par THIBERT chez plusieurs diabétiques.

Dans quatre de nos observations, nous trouvons la même association.

En 1933, MARES CAHANE et TATIANA CAHANE avaient publié l'observation détaillée d'un adolescent de 17 ans entré à l'hôpital pour diabète sucré. Ce sujet présentait de l'hypertrophie des parotides et une augmentation légère du corps thyroïde, une légère exophthalmie, des glandes mammaires peu développées et un appétit sexuel diminué malgré des organes génitaux normaux.

Ces auteurs, rappelant que les Allemands MOMSEN et MAYER avaient signalé de la déficience pancréatique chez un ourlien et, s'appuyant tant sur des recherches personnelles que sur des travaux récents, concluent à une sécrétion interne de la parotide.

En effet, après PAGLIAI, FARRONI, PARHON et TSUCHIYA, les expérimentateurs modernes, UTIMURA, URECHIA, CIOCANELLI et RETZEANU, les frères CAHANE, ont établi la réalité d'une sécrétion interne de la glande parotide. Celle-ci serait antagoniste du pancréas, alors que la sous-maxillaire serait synergique.

D'autre part, certaines affections pancréatiques ne retentissent-elles pas du côté des glandes salivaires ? Ainsi chez les diabétiques la salive peut subir des modifications physiques et chimiques (hyposécrétion, viscosité, acidité, présence de glucose) et la glycosurie peut alterner avec la glycosialorrhée. Inversement, les oreillons s'accompagnent parfois de gastralgies signifiant des pancréatites larvées.

Ce que nous avons dit pour la glande thyroïde et les glandes génitales se trouve donc encore exact pour les relations pancréato-parotidiennes.

V -- HYPERTROPHIE PAROTIDIENNE HABITUELLE ET OBESITE

L'obésité reconnaît souvent une origine endocrinienne.

Elle fait partie de beaucoup de syndromes thyroïdiens, génitaux et pancréatiques. Aussi la mentionnons-nous avec les troubles endocriniens.

Nous avons noté à l'Étiologie que les porteurs d'hypertrophie parotidienne se recrutaient pour une large part parmi les obèses.

Sur nos 155 sujets, 60 sont obèses, soit un peu plus du tiers, ce qui constitue une proportion remarquable.

Il nous faut ici souligner le tableau de l'obèse gros mangeur et insuffisant génital, porteur de parotides hypertrophiées, dont nous avons apporté un grand nombre d'observations.

VI -- HYPERTROPHIE PAROTIDIENNE HABITUELLE ET TROUBLES HYPOPHYSAIRES

C'est à dessein que nous avons réservé ce chapitre à la fin de cet exposé. Les troubles hypophysaires présentent des syndromes polymorphes, et les recher-

ches récentes tendent à montrer que l'hypophyse constitue un centre végétatif supérieur commandant la plupart des autres glandes par son lobe antérieur. Elle aurait un rôle dans la croissance, dans le développement génital (hormones gonadotropes), dans l'excitation des fonctions thyroïdiennes (thyro-stimuline) et pancréatique (hormone pancréatotrope), dans l'apparition des états diabétiques (hormone diabétogène).

Après avoir montré les rapports entre l'Hypertrophie Parotidienne Habituelle et les troubles des sécrétions thyroïdiennes, génitales et pancréatiques, il est donc logique, en remontant plus haut, d'admettre dans certains cas la possibilité d'un trouble hypophysaire.



Ainsi apparaît l'association fréquente de l'Hypertrophie Parotidienne Habituelle et de troubles endocriniens.

Les faits cliniques que nous venons d'exposer, joints à la notion récemment acquise de sécrétion intense de la parotide, peuvent-ils nous permettre d'avancer que l'hypertrophie parotidienne habituelle est en rapport avec un trouble uni ou polyglandulaire?

BERTHON, pour le syndrome de MICKULICZ, DALCHE et THIBERT, pour l'Hyperparotidie, étaient arrivés à cette hypothèse.

Nous pensons que cette conception est exacte et qu'il existe des liens étroits entre la parotide et les autres glandes endocrines, ainsi que le prouvent d'une

part l'association des symptômes parotidiens et endocriniens, d'autre part la régression de l'hypertrophie parotidienne habituelle obtenue à la suite de traitements opothérapiques.

La parotide possédant une sécrétion exocrine et une sécrétion endocrine dont les éléments glandulaires sont intimement unis dans le parenchyme de la glande, les troubles de l'une retentissent sur l'autre. Ainsi l'hyperfonctionnement, qui est une circonstance adjuvante pour la turnéfaction parotidienne, pourrait parfois être la conséquence d'une perturbation de la sécrétion interne de cette glande.

D'autre part, dans la genèse de l'hypertrophie parotidienne habituelle, on peut admettre deux possibilités :

— les troubles parotidiens sont la conséquence des troubles endocriniens ou bien :

— les troubles parotidiens, indépendants des troubles endocriniens, relèvent de la même cause.

Dans le premier cas, nous sommes devant les données classiques de l'équilibre glandulaire et l'hypertrophie parotidienne serait due à une perturbation de la sécrétion endogène de la parotide, explicable par :

- une sécrétion de remplacement,
- une sécrétion de neutralisation,
- une sécrétion de stimulation.

Dans le deuxième cas, les troubles, tant endocriniens que parotidiens, sont contemporains et constituent la signature d'un dysfonctionnement général de

l'organisme. L'étiologie peut alors être poussée jusqu'aux affections chroniques si fréquentes et souvent insoupçonnées. Nous voulons nommer la syphilis et la tuberculose, dont les effets nous semblent surtout se manifester par voie héréditaire.

OBSERVATIONS

1. DEL. 41 ans. Docteur en médecine.
Oreillons à 21 ans, caractérisés, intenses, avec
épididymite et sous-maxillaires prises.
Parotides énormes. Orifices de Sténon normaux.
Bonne dentition. A beaucoup fumé.
Très petite taille et obèse.
2. GUI. 41 ans. Cultivateur. Consulte au service de
dermatologie de Meaux.
Pas d'oreillons. Toujours bien portant. Un frère
mort tuberculeux.
Parotides très palpables. Orifices très saillants.
Leucoplasie discrète. Incisives inférieures usées.
Bon mangeur sans excès. Fumeur moyen.
Obèse.
3. MART. 22 ans. Tourneur sur métaux (cuivre-fer-
bronze). Consult. dermat.
Peint des joints au minium deux fois par se-
maine.
Oreillons vers 12 ans, très enflé, fièvre ; pas d'or-
chite.
Parotides très grosses surtout la gauche.

Incisives lat. sup. en retrait. Incisives méd. sup.
usées. Quelques fissurettes.
Peu fumeur. S'enivre parfois.

4. POT. 31 ans. Cultivateur. Consult. dermat.
Figures rondes dans la famille.
Oreillons compliqués d'orchite double sans sé-
quelle; puis diphtérie.
Parotides très palpables. A toujours eu joues
grosses.
Bon appétit. Fumeur moyen.
5. PORT. 44 ans. Cultivateur vigneron. Consultation
dermat.
Absès région parotidienne gauche à 20 ans.
Oreillons au régiment, légers, fièvre; pas d'or-
chite.
Parotides grosses surtout la gauche. Orifices sail-
lants.
Mauvaise dentition. Incisives inf. mal implantées
et usées. Eminences mamillaires. Leucoplasie
nette.
Gros appétit. Fumeur moyen.
Petite taille: 1 m. 56. Rachitisme léger.
6. THE. 33 ans. Cultivateur puis receveur de tram-
ways. Consult. dermat.
Père bien portant. Mère a un goitre depuis long-
temps.
Pas d'oreillons. Angines à répétition.

Parotides très grosses, dures. A toujours eu grosses joues.

Dents mal implantées.

Bon appétit. Chiqueur. Ne fume pas.

7. BARB... 33 ans. Garçon de café. Consult. Dermat. (1919).

Pas d'oreillons. Syphilis il y a un an.

Parotides grosses. Sténons normaux. N'avait jamais remarqué joues grosses. Ce n'est que depuis une commotion par explosion proche en 1918 qu'on le lui a fait remarquer.

Incisives inf. petites, écartées. Fissures langue.

Voile leucoplasique à gauche.

Gros mangeur. Fumeur moyen. Alcoolique.

Tachycardie permanente (Pouls à 108) sans troubles fonctionnels.

8. MET... 30 ans. Plombier-couvreur. Consulte pour syphilis récente.

Pas d'oreillons. Paludisme en Orient. Aurait eu légères coliques.

Parotides grosses. Sténons normaux. A toujours eu joues grosses.

Lisé au collet de quelques dents. Voile leucoplasique à gauche.

Bon mangeur. Fumeur moyen.

9. BIG... 35 ans. Menuisier. Consulte pour syphilis récente.

Pas d'oreillons.

Parotides grosses. A toujours eu grosses joues.

Bonnes dents. Légère leucoplasie à gauche.

Mange modérément. Fumeur moyen.

10. BOUD... 32 ans. Boucher. Consulte pour emphy-
sème.

Pas d'oreillons. Rhumatisme subaigu.

Parotides grosses. Orifices rouges.

Mauvaise dentition : exanthème vélopala-
tin (ta-
bac ?).

Gros mangeur. Fumeur moyen.

Obèse : 72 kg. pour 1 m. 53.

11. LANS... 26 ans. Mécanicien-ajusteur, fait souvent
joints au minium. Consult. dermatologie.

Pas d'oreillons. Toujours bien portant.

Parotides grosses. Orifices saillants.

Mauvaise dentition. Gros mangeur. Fumeur
moyen.

Petite taille : 1 m. 58. Légère exophtalmie.

12. NAU... 34 ans. Jardinier. Consulte pour syphilis
récente.

Pas d'oreillons.

Parotide droite grosse. Rien aux Sténons.

Leucoplasie et muqueuse de chiqueur à gauche.

Eminences mamillaires. Langue très plissée.

Mange sans excès. Fume et chique à gauche.

Petite taille : 1 m. 60. Rachitisme.

13. DUL... 47 ans. Caviste. Consulte pour hémiplégie droite datant de 3 ans; la face a été prise à gauche et ne l'est plus.
Pas d'oreillons. Syphilis à 17 ans.
Parotide droite seule volumineuse. Sténons saillants.
Leucoplasie commissurale. Bon mangeur.
14. F... 69 ans. Plombier-Couvreur.
Pas d'oreillons. Pas de symptômes d'intoxication saturnine.
Parotides assez grosses. Mangeur normal.
15. HUG... 43 ans. Marchand de chevaux. Consulte pour myélite transverse depuis 8 ans. Syphilis depuis 12 ans.
Pas d'oreillons. Paludéen.
Parotides assez grosses, douloureuses depuis qu'il prend KI (3 grammes depuis 8 jours). Revu 4 mois après, les parotides sont encore grosses surtout la gauche (prend toujours Iodalse).
Incisives sup. écartées.
Bon mangeur. A toujours abusé de la vie. Alcoolique invétéré.
16. Soldat FER... 33 ans. Cultivateur.
Pas d'oreillons.
Parotides grosses. Orifices très saillants.
Gros mangeur. Ne fume pas.
Petite taille : 1 m. 59. Ebauche de rachitisme.

17. Soldat VAC... 32 ans. Valet de chambre, ancien menuisier.
Pas d'oreillons.
Parotides grosses, molles.
Langue très plissée. Ebauche leucoplasie bilat.
Bon mangeur. Fumeur.
18. LAH... 49 ans. Charpentier. Consulte pour accident de travail.
Pas d'oreillons.
Parotides assez grosses, dures.
Leucoplasie et muqueuse de chiqueur à gauche.
Gros mangeur. Ethylique. Chique à gauche.
Forte taille.
19. HAUT... 50 ans. Appariteur. Consulte pour bronchite chronique.
Pas d'oreillons.
Parotides grosses.
Petit mangeur. Peu fumeur. Ethylique.
20. THI... 68 ans. Caviste. Consulte pour hémiplégie gauche (depuis 2 ans).
Pas d'oreillons.
Parotides grosses un peu dures.
Leucoplasie. Fumeur.
21. Soldat X... 32 ans. Comptable. Consulte pour syphilis récente (4 ans).
Oreillons dans l'enfance.

Parotides grosses. Bonne dentition.

Déclare spontanément qu'il y a de grosses joues dans sa famille.

22. GRIS... 68 ans. Couvreur. Consulte pour néoplasme lingual.

Pas d'oreillons. Syphilis à 28 ans.

Parotides assez grosses, dures.

Très mauvaise dentition. Leucoplasie étendue (néo).

Gros mangeur. A toujours peu fumé, ne fume plus.

23. X... 39 ans. Plombier, traité depuis 7 ans pour emphysème et bronchite chronique .

Pas d'oreillons. Paludisme. Deux enfants bien portants.

Parotides très grosses, dures. Sténons saillants : à droite, orifice rouge ; à gauche, orifice entouré de nombreuses glandes.

Très mauvaise dentition. Leucoplasie à gauche. Liséré discret au niveau des incisives inf.

Fume beaucoup (à gauche). Excès de toute nature.

Petite taille. Cyphose. Strabisme divergent.

24. WAR... 40 ans. Peintre en bâtiments, ayant eu des coliques de plomb.

Pas d'oreillons.

Parotides grosses, dures. Sténons saillants.

Mauvaise dentition. Pas de liséré.

Peu mangeur. Fumeur. Ethylisme probable.

35. FRIQ... 60 ans. Terrassier. Consulte pour tabes (Syphilis à 25 ans).

Pas d'oreillons.

Parotides grosses et dures. Sténons saillants. Les joues auraient augmenté depuis 6 mois (il aurait maigri de 20 kg.).

Langue très plissée dans son tiers antérieur. Leucoplasie diffuse à gauche.

A été fort mangeur. Fumeur moyen (à droite).

26. H... 49 ans. Cantonnier. Consulte pour crise épileptique (la troisième depuis 5 ans).

Son père serait mort jeune de syphilis.

Pas d'oreillons.

Parotides grosses. Sténons saillants.

Mauvaise dentition. Leucoplasie bilatérale.

Mange bien. Fume et chique.

Inégalité pupillaire OD > OG. Bons réflexes pupillaires et patellaires.

27. LEC... 42 ans. Camionneur. Consulte pour hémoptysie abondante.

Pas d'oreillons.

Parotides assez grosses, dures.

Leucoplasie jugale gauche.

Petit mangeur. Fumeur moyen.

28. X... 34 ans. Maçon. Consulte pour commotion
Oreillons dans l'enfance.
A été évacué une fois en août 1916, au cours
d'une épidémie, pour oreillons; il s'est laissé
faire.
Parotide droite seule un peu grosse. Sténon sail-
lant. Leucoplasie bilatérale.
Bon mangeur. Fumeur moyen.
Petite taille. Exophtalmie habituelle sans tachy-
cardie ni tremblement.
29. VEN... 60 ans. Peintre. Consulte pour bronchite.
Ne peut préciser s'il a eu oreillons. Bronchites
faciles.
Parotides assez grosses surtout la gauche
Mauvaise dentition. Langue plissée.
Petite taille.
30. PEC... 30 ans. Plongeur.
Pas d'oreillons.
Parotide grosse à gauche. Mauvaise dentition.
Grand mangeur. Ne fume pas.
Obèse.
31. MIL... 55 ans. Journalier.
Pas d'oreillons.
Parotides palpables, dures.

Mauvaise dentition. Langue plissée. Leucoplasie à gauche.

Fort mangeur.

32. REN... 44 ans. Charpentier.

Pas d'oreillons. Cyphose dorsale depuis l'âge de 10 ans.

Parotides grosses surtout la gauche.

Mauvaise dentition. Assez bon mangeur. Mange des deux côtés.

33. BOUR... 19 ans. Terrassier.

Pas d'oreillons.

Parotide grosse à droite, bosselée et dure.

Mauvaise dentition. Leucoplasie aux deux commissures.

Bon mangeur. Mange des deux côtés. Fumeur moyen.

34. BER... 73 ans. Entrepreneur de fumisterie. Consulte pour bronchite chronique.

Pas d'oreillons. Diabète.

Parotides très grosses. Leucoplasie commissure droite.

Gros mangeur. Peu fumeur. A été corpulent..

35. DUB... 64 ans. Receveur d'enregistrement. Consulte pour sciatique.

Pas d'oreillons.

Parotides grosses. Leucoplasie à droite.

Mangeur moyen. Fumeur modéré.
Obèse.

36. LONG... 45 ans. Négociant en vins. Consulte pour accidents nerveux.

Ne peut préciser si oreillons. Syphilis à 19 ans.
Parotides volumineuses.

Médiocre dentition. Ecartement des incisives supérieures.

Gros mangeur. Fume peu.

37. ESP... 24 ans. Boulanger. Consulte pour chancre mou.

Grosses joues fréquentes dans la famille.

Pas d'oreillons.

Très volumineuses parotides.

Belle dentition. Gros mangeur.

Très petite taille, moins de 1 m. 50.

38. AYM... 53 ans. Mécanicien, maniant rarement le minium.

Pas d'oreillons. Syphilis à 23 ans.

Très grosses parotides.

Dentition défectueuse. Très gros mangeur, sobre.

Obèse.

39. PRIG... 58 ans. Maçon Consulte pour emphyème.

Pas d'oreillons. Tousseur habituel.

Très grosses parotides.
Obèse. Mangeur moyen.

40. PIER... 25 ans. Fruitier. Consulte pour bronchite.
Pas d'oreillons. Tousse fréquemment.
Très grosses parotides. Sténons normaux.
Mauvaise dentition. Gros mangeur.
Obèse.
41. GER... 56 ans. Charpentier. Consulte pour bronchite chronique.
Pas d'oreillons. Tousse depuis 10 ans.
Grosses parotides. S'est toujours connu ainsi.
Mauvaise dentition. Gros mangeur. Peu fumeur
42. VAU... 49 ans. Employé de commerce. Consulte pour bronchite.
Pas d'oreillons. Tousseur de longue date.
Grosses parotides molles. Leucoplasie à droite.
Gros mangeur. Fumeur moyen.
43. MACH... 55 ans. Ingénieur des mines. Consulte pour emphysème.
Pas d'oreillons. Tousse depuis le régiment.
Grosses parotides. Sténon gauche saillant. Leuco à droite.
Petit mangeur.
44. LEN... 43 ans. Mécanicien, maniant peu le mium. Consulte pour bronchite.

Pas d'oreillons. Tousse toujours un peu.
Grosses parotides surtout à gauche. Sténons sail-
lants.
Mauvaise dentition. Légère leuco à gauche.
A été grand mangeur. Fumeur moyen (à gauche).

45. BRU... 47 ans. Cuisinier, en traitement pour sy-
philis (B.W. + deux fois).

Ne peut préciser si oreillons.

Grosses parotides.

Dentier en haut, assez bonnes dents en bas. Leu-
coplesies linguale et commissurale. Peu fumeur.

46. GUI... 63 ans. Marchand de tissus.

Pas d'oreillons.

Grosses parotides ignorées. Sténons saillants.

Bonne dentition. Pas de leuco. Langue un peu
fissurée.

Fort mangeur. Ne fume pas.

Petit et obèse.

47. MUN... 39 ans. Industriel.

Oreillons dans l'enfance. N'a pas d'enfants.

Parotides très grosses. Serait ainsi depuis l'âge
de 18 ans.

Gros mangeur. Fumeur moyen.

Obésité marquée.

48. HAG... 33 ans. Entrepreneur. Consulte pour rhu-
matisme.

Mère rhumatisante.

Oreillons à 7 ans. Peintre à partir de 12 ans.

Coliques de plomb à 15 ans. A joué du clairon pendant 5 ans.

Grosses parotides. Bonne dentition. Très gros mangeur.

Obésité marquée depuis le régiment.

49. VAL... 18 ans. Menuisier.

Pas d'oreillons.

Parotides grosses et dures. Sténons non saillants, rouges.

Belle dentition. Bon mangeur. Peu fumeur.

50. LAUR... 42 ans. Marchand de fer. Consulte pour emphysème.

Par d'oreillons. Tousse surtout depuis 2 ans.

Parotides très volumineuses. N'aurait de grosses joues que depuis 4 ans.

Leucoplasie commissurale à droite..

Fort mangeur jadis. Gros buveur. A fumé.

Obèse de 118 kg. passé à 94 kg.

51. C... 54 ans. Tapissier. Consulte pour emphysème.

Oreillons avant le régiment.

Parotides grosses remarquées par sa femme depuis quelques mois.

Sténons saillants. Mauvaise dentition. Bon mangeur. Fumeur.

52. DAR... 53 ans. Bourrelier. Consulte pour emphy-
sème.
Pas d'oreillons, A toujours toussé.
Grosses parotides. Sténons saillants. A toujours
remarqué grosses joues.
Mauvaise dentition. Bon mangeur. Fumeur.
Obésité marquée. Glycosurie légère.
53. LAR... Consultant pour bronchite suspecte.
Pas d'oreillons. A toujours toussé. Fistule anale
au régiment.
Grosses parotides. Leucoplasies bilatérales.
Gros mangeur. Fumeur moyen.
34. MAJ... 29 ans. Plâtrier. Consulte pour bronchite.
Pas d'oreillons. Tousse tous les hivers.
Parotides très volumineuses et dures, déjà constatées à l'incorporation.
Bonne dentition. Leuco légère bilatérale.
Très gros mangeur. Fume peu.
Obésité modérée. Petite taille 1 m. 57.
55. GOU... 46 ans. Maçon. Consulte pour bronchite.
Pas d'oreillons. Tousse souvent depuis mauvaise
bronchite dans l'enfance.
Grosses parotides. Se seraient développées depuis 6 ans.
Dentition médiocre. Bon mangeur. Pas fumeur.
56. MUL... 42 ans. Verrier-souffleur.
Pas d'oreillons. Joues cassées de souffleur.

Parotides grosses et un peu molles.

Dentition médiocre. Leucoplasie commissurale.

Fort mangeur. Peu fumeur.

57. PIC... 38 ans. Bourrelier.

Ne peut préciser si oreillons. Insuffisance nasale.

Grosses parotides, surtout à droite. Dentition défectueuse.

Gros mangeur surtout à droite, tachyphage et grand buveur.

Obèse. A beaucoup fumé.

58. BRI... 50 ans. Menuisier. Consulte pour rhumatisme et kératose palmaire.

Pas d'oreillons. Kératose plantaire il y a 7 ans.

Parotides grosses surtout à gauche.

Dentition défectueuse. Ebauche de leuco bilatérale.

Gros mangeur. Fumeur moyen. Assez forte taille.

59. RIC... 4. ans. Marchand de vins. Consulte pour bronchite.

Pas d'oreillons. Tousse souvent.

Grosses parotides surtout à droite..

Assez bonne dentition. Fumeur moyen.

Absence des réflexes pupill. et achill. Wassermann négatif.

60. QUER... 30 ans. Chef de chantier. Consulte pour emphysème.

Pas d'oreillons. Tousse depuis la guerre (a été gazé).

Grosses parotides dures. Sténons saillants..

Dentition assez bonne. Gros mangeur et buveur.

Fume 1 paquet en 2 jours.

Obèse depuis 2 ans.

61. GOD... 27 ans. Consulte pour bronchite.

Pas d'oreillons. Tousse depuis 6 mois.

Grosses parotides bilatérales. Dentition médiocre.

Leuco à gauche.

Gros mangeur. Fume peu.

Obèse. A doublé de poids depuis 2 ans.

62. BIG... 67 ans. Serrurier. Consulte pour rhumatisme articulaire.

Pas d'oreillons. Toujours bien portant.

Grosses parotides molles. Mauvaise dentition.

Bon mangeur.

63. LOT... 43 ans. Entrepreneur de peinture. Consulte pour néphrite (hypertension et céphalée).

A eu oreillons. Wassermann négatif.

Grosses parotides. Gros mangeur.

Un peu obèse depuis 10 années.

64. LAD... 5. ans. Consulte pour sciatique.

Pas d'oreillons. Syphilis vers 35 ans. N'a pas d'enfants.

Douleurs ostéocopes la nuit. Hypertension.

Grosses parotides. Dentier. Gros mangeur jadis.
Obèse.

65. GIL... 47 ans. Consulte pour ankylose du cou
(rhumatisme).

Pas d'oreillons.

Grosses parotides bilatérales. Bonne dentition.
Leuco douteuse.

Très gros mangeur. Ne fume pas.
Obèse.

66. THO... 59 ans. Consulte pour rhumatisme chronique.

Parotides perceptibles. A été gros mangeur.

67. DUP... 56 ans. Consulte pour emphysème.

A eu oreillons.

Grosses parotides. Assez bonne dentition. Leuco
légère à droite.

Gros mangeur, grand fumeur.
Obèse.

68. BOIR... 36 ans. Consulte pour céphalée.

Ne peut préciser si oreillons. T. A. normale.

Grosses parotides. Ebauche de leuco à droite
(où il fume).

Gros mangeur. Fumeur moyen.

69. DIET... 37 ans. Consulte pour bronchite.

Oreillons douteux dans enfance. Bronchites jusqu'à 7 ans. A toujours toussé facilement.

Grosses parotides. Dentition défectueuse. Eminence mamillaire à gauche (dent absente à droite). Striation sur les 8 incisives.

Fort mangeur. Fumeur moyen.

Très grand : 1 m. 80 et obèse.

70. RAG... 55 ans. Caviste. Consulte pour lipomes du cou, symétriques et influencés par traitement antisiphilitique.

Ne peut préciser si oreillons. Wassermann négatif.

Grosses parotides. Corps thyroïde voilé par masses lipomateuses.

Dentition mauvaise, chevauchements.

Strabisme convergent. Troubles cérébraux.

71. PEZ... 55 ans. Consulte pour vertiges (hypertension).

3 frères et sœurs morts tuberculeux.

Tousse tous les hivers. Pas d'enfants.

Grosses parotides. Mange modérément.

Obèse.

72. LAL... 26 ans. Consulte pour bronchite.

Pas d'oreillons. A toujours toussoté en hiver.

Grosses parotides. Dentition satisfaisante. Canines inférieures en forme d'incisives.

Obèse depuis l'enfance, on l'appelait « le gros ».

73. FONT. 40 ans. Puisatier. Consulte pour crises convulsives (début en 1915 après commotion dans explosion de mines, en Argonne).
Pas d'oreillons. Nie syphilis, Wassermann négatif.
Le traitement antisiphilitique fait cesser les crises.
Grosses parotides molles. Mauvaise dentition.
Leuco bilatérale.
Gros mangeur. A fumé jusqu'il y a 6 mois.
Obésité jusqu'à 92 kg. après commotion, maigri à 72 kg.
74. HEN... 30 ans. Chauffeur-mécanicien.
Pas d'oreillons. Bosses frontales saillantes. Strabisme diverg.
Parotides très grosses. Belle dentition.
Gros mangeur. Fumeur moyen.
Grande taille : 1 m. 84. Cyphose assez marquée.
75. BUL... 46 ans. Verrier-souffleur depuis l'âge de 15 ans. Consulte pour psoriasis.
Pas d'oreillons.
Grosses parotides. Palais et voile piquetés de rouge.
Très mauvaise dentition, tartre, chicots. Leuco commissurales.
Bon mangeur. Ne fume pas.
76. MEN... 47 ans. Consulte pour bronchite. Tousse depuis le régiment.

Grosses parotides bilatérales. Dentition assez bonne.

Mangeur modéré Fume peu.

Obèse de tout temps.

77. CERV... 59 ans. Pas d'oreillons.

Grosses parotides, plus grosse à droite.

Mauvaise dentition ; mange à droite.

78. LAB... 36 ans. Comptable, très sédentaire.

Père éthylique mort de maladie de foie.

Mère obèse : 110 à 115 kgs, et hypertendue.

Sœur obèse. Cousin germain obèse.

Oreillons à 28 ans. Sans enfants, par volonté ; peu de rapports sexuels. Strabisme divergent œil gauche.

Grosses parotides bilatérales. Dentition médiocre ; éminence mamillaire à gauche (dent absente à droite).

Gros mangeur. Fume peu.

Obèse : 89 kgs pour 1 m. 66. En rentrant du régiment avait passé de 66 kgs à 98 kgs l'an dernier.

79. PIL... 38 ans. Consulte pour diabète maigre (entre 300 et 400 gr. de sucre par vingt-quatre heures) avec acétonurie.

Mère diabétique âgée de 68 ans.

Père asthmatique, bronchite chronique.

Deux enfants : 9 ans, torticollis congénital ; 7 ans, asthme infantile.

Grosses parotides, surtout à droite.

Grand fumeur.

80. DOY... 30 ans. Electricien. Consulte pour vertiges et palpitations.

Père obèse mort à 80 ans de congestion.

Mère obèse de 67 ans, hypertendue.

Pas d'oreillons. Deux enfants. Peu porté sur génitalité.

Hypertension : 17-9. Pouls : 120. Emotif. Pas de tremblement.

Grosses parotides. Dentition défectueuse, carie.

Gros mangeur, tachyphage.

Obèse : 93 kgs pour 1 m. 78, surtout depuis cinq ans. Etait mince et fluët avant le régiment.

81. PIL... 51 ans. Ancien gendarme, pendant vingt-cinq ans, puis releveur de compteurs.

Fils d'obèses. Mère morte à 74 ans de néo du foie.

Pas d'oreillons. Angines dans l'enfance. Jamais tousseur.

Eczéma à 11 ans ; furonculose à 33 ans. Ethylisme. Deux enfants. Peu porté sur génitalité.

Grosses parotides bilatérales. A toujours eu grosse figure.

Très mauvaise dentition. Très gros mangeur.
Grand fumeur.

Obèse : 99 kgs pour 1 m. 70, depuis la quarantaine ; pesait 50 kgs au régiment.

82. BEL... 64 ans, ex-brasseur. Consulte pour emphyseme.

Ne peut préciser si oreillons. Tousseur et cracheur habituel. A eu croup. N'a pas d'enfants.

Grosses parotides molles. Bonne dentition.

Pas gros mangeur. A toujours peu fumé. A beaucoup bu.

Obèse : 83 kgs.

83. GRI... 56 ans. Camionneur. Hospitalisé pour emphysème.

Père mort à 75 ans de vieillesse. Mère obèse et emphysémateuse, morte à 72 ans ; avait grosses joues.

Grands-parents obèses.

Lui est le deuxième de quinze enfants, dont cinq morts jeunes.

Pas d'oreillons. Rhumatisme pendant la guerre, guéri par salicylate. Devient pléthorique depuis un an.

Très grosses parotides, dures, distinctes du masséter, qui est, lui aussi, volumineux. Dentition très mauvaise.

A été très gros mangeur. Moyen fumeur. Alcoolique avouant boire trois litres par jour. A fait une crise de délirium.

Sens génital diminué depuis la trentaine ; il dit être surtout porté « sur la boisson ». Testicules normaux.

Wassermann et Hecht négatifs.

Urée sanguine : 0,30. Albuminurie.

Obèse et emphysémateux depuis un an.

84. X... 76 ans. Ex-bobineur de laine, puis marchand de cacahuètes. Hospitalisé pour misère physiologique.

Père mort à 28 ans de paralysie. Mère morte à 67 ans de hernie étranglée.

Deux sœurs mortes jeunes de diphtérie. Un frère mort à 28 ans de tuberculose pulmonaire.

Pas d'oreillons. Pas pris au service militaire pour insuffisance de poids et de taille. A 62 ans, paraplégie jambe gauche.

Grosses parotides un peu dures et empiétant sur le bord du maxillaire. Dentition médiocre.

Mangeur moyen. Dit boire un litre de vin et fumer dix cigarettes par jour.

Wassermann légèrement positif.

85. CAR... 51 ans. Manœuvre. Hospitalisé pour hémorragie rectale.

Père mort à 49 ans de congestion pulmonaire.

Mère morte à 50 ans de cirrhose avec ascite.

Huit frères et sœurs, dont trois survivent
Pas d'oreillons. Rhumatismes à 10 ans.
Parotides grosses et visibles. Sténons légèrement
saillants.
Dentition mauvaise. Mangeur et buveur moyen
Ne fume pas.

86. SOUL... 66 ans. Hospitalisé pour paralysie générale.

Père mort à 71 ans. Mère morte à 46 ans de méningite.

Onze frères et sœurs, dont deux survivent ; deux
morts jeunes de méningite.

Parotides grosses et dures. Mauvaise dentition.
Sujet aphasique très difficile à interroger.

Wassermann positif.

87. LEF... 61 ans. Verrier. Hospitalisé pour arthrite
scapulo-humérale avec atrophie de l'épaule.

Père mort à 62 ans de congestion. Mère morte à
28 ans (?).

Deux sœurs bien portantes.

Pas d'oreillons. Rhumatismes depuis une quinzaine d'années. A eu trois enfants ; l'un est mort à 19 mois de gastro-entérite.

Grosses parotides séparées nettement de ses joues par un sillon. (Souffle à la bouche depuis l'âge de 14 ans jusqu'à maintenant.) Dentition défectueuse.

Mangeur moyen. Ne fume pas.

Wassermann négatif.

88. REN... 59 ans. Coiffeur. Hospitalisé pour œdèmes variqueux des membres.

Seul survivant de six enfants ; quatre morts jeunes ; une sœur morte à 40 ans de neurasthénie. Pas d'oreillons. Réformé pour varicocèle et varices.

Parotides palpables et molles. Sténons légèrement saillants.

Dentition mauvaise. Fume beaucoup. Gros mangeur.

Wassermann et Hecht négatifs.

Tension : 14-8. Pèse 61 kgs. Urines normales.

89. FU... 70 ans. Cordonnier. Hospitalisé pour bronchite chronique et emphysème.

Père mort à 85 ans. Mère morte à 63 ans d'affection pulmonaire.

Deux frères : l'un mort à 50 ans de maladie de cœur ; l'autre à 62 ans d'hémiplégie.

Sa femme s'est suicidée à 50 ans. Une fille de 43 ans bien portante. Une fausse-couche.

Pas d'oreillons. Pneumonie au régiment ; serait dyspnéique. Hémiparésie et aphasie il y a un an.

Très grosses parotides dures. Dentition absente. Gros mangeur. Ethylique avouant trois apéritifs par jour.

Wassermann positif ; Hecht négatif.

Tension : 17-10. Urée sanguine : 0,50.

Polydipsie. Glycosurie. Glycémie à 1 gr. 28.

Obèse de 100 kgs.

90. BAU... 14 ans. Consulte pour bronchite.
Oreillons il y a deux ans.
Grosses parotides. Bonne dentition.
91. LAB... 10 ans. Consulte pour rhino-pharyngite.
Polymicro-adénopathie. Front petit. Thorax ébauché carène. Grosses amygdales. Strabisme.
Grosses parotides bilatérales, surtout à gauche.
Sténons saillants.
Mauvaise dentition. Bon mangeur.
92. COUR 8 ans. Grosses parotides, dures, visibles.
Mère obèse, ayant grosses parotides bilatérales.
Légère inégalité pupillaire.
93. Francis JAC... 16 ans. Consulte pour paraplégie spasmodique.
Bronchites tous les hivers. Retard de la marche.
Minus.
Parotides perceptibles. Eminences mamillaires.
94. Roland JAC... 14 ans. Retardataire scolaire.
Parotides perceptibles.

95. OLIV... 12 ans. Psoriasis généralisé depuis deux mois.
Parotides très appréciables. Dentition normale.
96. ROG... 17 ans. Hérédo-syphilitique de deuxième génération. Retard intellectuel.
Oreillons il y a deux ans.
Parotides facilement perceptibles. Dentition assez belle.
97. Enfant HUB... 2 ans. A un an les parotides sont grosses : y a-t-il oreillons, car épidémie dans le voisinage? Cela diminue un peu, puis repa-
raît. Glandes dures, lobulées.
Acétylarsan en avril. Sulfarsénol fin juin. Le 20 août les deux glandes sont bien diminuées.
98. Mme ROUS... 74 ans. Tisseuse. Consulte pour
bronchite chronique.
Ne peut préciser d'oreillons. Surdité. Cataracte.
Parotides palpables, dures et non visibles. Varia-
tions quotidiennes de volume (elle prend KI).
Revue un an plus tard, n'a plus rien. Mauvaise
dentition. Forte mangeuse autrefois.
99. Mme WEY... 60 ans. Peigneuse de laine. Con-
sulte pour sciatique gauche.

Pas d'oreillons. A eu six enfants à terme, une fausse-couche.

Très grosses parotides. Sténon gauche saillant. Leuco nette, peu étendue sur joue droite. Forte mangeuse.

Obèse et petite taille, moins de 1 m. 50. Genu valgum double.

100. Mme X... 71 ans. Ex-ourdisseuse. Consulte pour emphysème.

Pas d'oreillons.

Parotide droite volumineuse.

Edentée à gauche ; mange exclusivement à droite depuis longtemps.

101. Mme CA... 55 ans. Restauratrice. Consulte pour hémoptysie.

Oreillons à 22 ans. Tousseuse habituelle.

Parotides volumineuses et dures.

102. Mme POIN... 55 ans. Consulte pour ulcère de jambe et eczéma.

Aurait eu oreillons plusieurs fois. Neuf enfants à terme, dont sept vivants.

Parotide droite grosse, molle, depuis trois ans.

Langue fissurée. Leuco médiane. Mange à droite.

103. Mme BAL... 30 ans. En cours de traitement anti-syphilitique (syphilis il y a quatre ans).

Très grosses parotides dures. Eminences mammaires bilatérales.

Obèse de petite taille.

104. Mme MAIL... 46 ans.

Père alcoolique ; suicide à 50 ans. Une sœur de petite taille. Un frère mort jeune.

Pas d'oreillons. Ovariectomie à 29 ans. Avait toujours été bien réglée auparavant.

Grosses parotides, surtout à gauche. Bonne dentition. Tache leucoplasique sur le bord gauche de la langue. Mange à gauche.

Obèse de petite taille : 1 m. 48. A grossi depuis ovariectomie.

105. Mme TOU... 66 ans. Rentière. Consulte pour diabète.

Ne peut préciser si oreillons.

Grosses parotides.

Obèse de petite taille.

106. Mme BLA... 60 ans.

Pas d'oreillons. Toujours bien réglée.

Grosses parotides molles. Dentition médiocre.

Mange peu.

Petite et obèse.

107. Mme COUR... Enfant de 8 ans avec grosses parotides.

Toujours bien réglée.

Grosses parotides dures.

Obèse.

108. Mme DEF... 50 ans. Consulte pour rhumatisme chronique.

Pas d'oreillons. Toujours peu réglée.

Grosses parotides. Dentier. Médiocre mangeuse.

Obèse, surtout depuis ménopause.

109. Mme QUÉT... 40 ans. Opérée de kyste dermoïde ovaire.

Bien réglée, toutes les trois semaines.

Parotides palpables. Dentition défectueuse.

Grande et forte.

110. Mme LING... 39 ans. Consulte pour aérophagie, névropathies.

Réglée à 10 ans 1/2, abondamment. Un enfant.

Grosses parotides. Dentition assez bonne. Bonne mangeuse.

111. Mme AL... 39 ans. Consulte pour kératose plantaire.

Réglée normalement.

Grosses parotides dures. Bonne dentition. Bonne mangeuse.

Obèse depuis l'enfance.

112. Mme LEG... 47 ans. Consulte pour phénomènes parétiques.

Pas d'oreillons. Régée à 12 ans, toujours bien,
avec avance.

Grosses parotides. Grosse mangeuse.

113. Mme LAM... 21 ans. Consulte pour idées obsédantes d'homicide.

Enfant assistée. Père alcoolique. Une sœur idiote,
une autre morte à 5 mois de convulsions.

Pas d'oreillons. Régée à 12 ans, normalement.

Grosse parotide gauche, remarquée depuis six
mois par l'entourage.

Très mauvaise dentition. Grosse mangeuse, sur-
tout de viande.

114. Mme PÉD... 32 ans. Consulte pour douleurs
intercostales.

Bien régée à 12 ans.

Grosses parotides, dures. Dentition défectueuse.

Grosse mangeuse.

115. Mme MEL... 60 ans. Consulte pour emphysème. Sclérose pulmonaire à la radio.

Bien régée jusqu'à 56 ans. Hérédosyphilis probable. Aplatissement de la base du nez.

Grosses parotides. Dentition uniformément abrasée.

116. Mme UNT... 32 ans. Ex-enfant des Hospices
Régée à 13 ans, régulièrement. Quatre enfants.

Quatre fausses-couches.

Grosses parotides dures.

Petite et obèse.

117. Mme MAJ... Consulte pour intertrigo.

Réglée à 15 ans, toujours mal ; aménorrhée habituelle. Six grossesses à terme.

Grosses parotides. Mauvaise dentition.

118. Mme DUV... 65 ans. Consulte pour psoriasis.

Réglée de 13 à 55 ans. Deux enfants bien portants.

Très grosses parotides, surtout à gauche. Mauvaise dentition. Grosse mangeuse.

Obèse : 114 kgs.

119. Mme THI... 32 ans. D'une famille de quinze enfants, dont dix morts de convulsions ou méningite. A perdu trois enfants sur quatre pour la même raison.

Réglée à 16 ans, peu, avec retards.

Grosses parotides, dures. Mauvaise dentition.

Très petite taille.

120. Mme MAC... 34 ans. En cours de cinquième grossesse. Jamais bien forte.

Très grosses parotides. Mauvaise dentition. Incisives latérales supérieures mal implantées.

Rachitisme. A marché à 5 ans.

121. Mme BAR... 52 ans. Consulte pour eczéma.

Hémorragies rétinienne depuis deux mois.

Réglée de 14 à 59 ans.

Parotides palpables, Mange peu.

Obèse depuis 33 ans.

122. Mlle LON... 6... ans. Consulte pour fibrome.

Oreillons dans l'enfance, très douloureux. Réglée à 13 ans, bien.

Grosses parotides. Dentier.

Obèse : 110 kgs.

123. Mme LEG... 38 ans. Consulte pour aérophagie ; troubles nerveux.

Réglée de 16 à 35 ans.

Grosses parotides depuis douze ans ; à ce moment elle a grossi après une fausse-couche (enfant macéré).

A été grosse mangeuse.

Obèse : 100 kgs.

124. Mme BAU... 35 ans. Succursaliste.

Bien réglée. Pas d'enfants.

A présenté, il y a un an, tuméfaction préauriculaire et rétromaxillaire pendant trois semaines, puis régression. Actuellement, grosses parotides bilatérales.

Dentition assez bonne. Quelques caries.

125. Mme PAR... 42 ans. Famille d'obèses boulottes :
Sœur, mère, frère.
Pas d'oreillons,. Toujours bien réglée depuis
14 ans. Pas d'enfants. Deux fausses-couches.
Grosses parotides, dures. Dentier en haut. Bonne
mangeuse.
Petite et obèse : 86 kgs pour 1 m. 65.
126. Mme FRA... 34 ans. Consulte pour acné rosacée.
Régée à 14 ans 1/2.
Grosses parotides. Langue fissurée.
Wassermann faiblement positif.
127. Mme POIS... 35 ans. Consulte pour sciatique
droite.
Oreillons dans l'enfance. Choroïdite traitée de-
puis plusieurs années.
Parotides volumineuses. Bonne dentition. Bonne
mangeuse.
128. Mme CAM... 36 ans. Pas d'oreillons. Toujours
bien réglée.
Grosses parotides. Dentition défectueuse. Grosse
mangeuse.
Obèse.
129. Mme POIN... 56 ans. Consulte pour ulcère vari-
queux.
Oreillons dans l'enfance. Neuf enfants à terme.
Parotide droite grosse depuis quelques années.

Parotide gauche perceptible. Dures toutes deux.. Salive beaucoup, ce qui la gêne ; picotements quand elle mange quelque chose de dur (pomme).

Leucoplasie nette à commissure droite.

130. Mme GRO... 64 ans. Consulte pour emphysème.
Mari tabétique.

Toujours réglée peu, depuis 14 ans. Tousse souvent.

Grosses parotides, dures et saillantes. Mauvaise dentition, dentier depuis 20 ans.

131. Mme TRE... 40 ans. Oreillons l'an dernier.

Réglée à 13 ans 1/2, régulièrement. Surdité depuis la naissance de son a n  (15 ans). Mari syphilitique avant le mariage.

Grosses parotides, surtout à gauche (avant les oreillons).

Mauvaise dentition. Grosse mangeuse.

132. Mme FU... 40 ans. Soign e pour métrite depuis plusieurs années.

Pas d'oreillons. Réglée à 11 ans, bien.

Grosses parotides, dures, très saillantes. Bonne dentition.

Obèse depuis l'enfance. Pesait 100 kgs au mariage.

133. Mme K... 33 ans. Ovariectomisée il y a sept ans.
Régée à 12 ans.

Grosses parotides, gonflant quand elle va aux
bains froids.

Assez bonne dentition. Forte mangeuse.

Obèse : 80 kgs. L'était déjà avant opération.

Wassermann fortement positif. Diminution des
parotides après une série de Novar.

134. Mme PE... 33 ans. Femme publique. En cours
de traitement antisyphilitique.

Père suicidé à 57 ans. Mère bien portante. Deux
sœurs bien portantes. Deux frères, dont l'un
de 52 ans à coxalgie ; l'autre mort à 17 ans de
typhoïde.

Régée à 15 ans, normalement. Blennorragie et
syphilis à 16 ans. Suit le traitement depuis cette
époque.

Depuis deux ans, augmentation de volume des
parotides ; en même temps violentes céphalées,
puis strabisme convergent. Les glandes dimi-
nuent après des séries de Novar et de Mutha-
nol, mais deviennent douloureuses si la malade
prend KI.

135. Mme DER... 20 ans. Hérédo-syphilitique. Régée
à 12 ans, toujours bien.

Parotides perceptibles. Belle dentition.

H. P. H. dans les dysthyroïdies

1. TRU... 61 ans. Garde des Eaux et Forêts.
Goitre familial, exophtalmie habituelle.
Maladie de Basedow consécutive à un traitement intensif par l'iodure. Pouls à 128. Tremblement.
Parotides assez volumineuses. Mauvaise dentition. Grand fumeur.
Grand et obèse, a maigri de 15 kilos depuis des accidents.
2. BAU... 40 ans. Agent militaire.
Syndrome basedowiforme. Cou volumineux.
Grands yeux. Tremblement menu. Pouls à 90, assis.
Grosses parotides. Mauvaise dentition.
Obèse.
3. PRÉV... 68 ans. Secrétaire de mairie. Hyposystolique, congestion des bases.
Une fille a un goitre, sans grosses parotides.
Oreillons au régiment. Pleurésie sèche à 43 ans
Kyste thyroïdien droit depuis cinq ans environ avec tachy-arythmie (130-140).
Grosses parotides. Mauvaise dentition. Gros mangeur. Non fumeur.
Obèse : 132 kgs ; tombé à 125 kgs.

4. Mme BEL... 30 ans. Consulte pour grippe.
Réglée à 17 ans, peu ; retards de dix à quinze jours.
Insuffisance thyro-ovarienne, mains moites et cyanosées.
Grosses parotides. Mauvaise dentition. Grosse mangeuse.
Obèse.
5. Mme OL... 43 ans. Iritis et kératite interstitielle.
Réglée à 12 ans, peu.
Corps thyroïde un peu gros.
Grosses parotides, dures. Mauvaise dentition.
Obésité modérée.
6. Mme PER... 36 ans. Réglée en avance, peu.
A eu quatre enfants prématurés (trois à 8 mois, un à 8 mois 1/2) dont un mort de diphtérie et un de bronchite capillaire.
Corps thyroïde un peu gros.
Grosses parotides. Mauvaise dentition.
7. Mme AR... 27 ans. Oreillons dans l'enfance.
Réglée toutes les trois semaines avec douleurs.
Mariée depuis un an.
Goitre dur à droite depuis 1913, ne grossissant pas.
Hypothyroïdie : peau épaisse, mains rouges, friabilité, constipation.

Grosses parotides dures. Bonnes dentition. Eminences mamillaires.

Obèse de toujours.

8. Mme MEN... 43 ans. Plongeuse. A travaillé 4 ans dans les accumulateurs et a eu coliques de plomb.

Pas d'oreillons. Règles normales. Syphilis il y a quatre mois.

Corps thyroïde volumineux. Pouls à 108 debout. Très grosses parotides, dures. Assez bonne dentition. Forte mangeuse.

9. Mme DUC... 34 ans. Consulte à la Goutte de Lait (allaite).

Oreillons dans l'enfance.

Cou un peu fort. Exophtalmie.

Grosses parotides, surtout à gauche. Grosse mangeuse.

10. Mme CHA... 38 ans. Consulte à la Goutte de Lait (allaite).

Jamais réglée. Quatre enfants.

Cou un peu fort.

Très grosses parotides. Belle dentition. Langue plissée.

Obèse. Bonne mangeuse.

11. Mme VAN... 30 ans. Consulte à la Goutte de Lait. Corps thyroïde volumineux. Exophtalmie. Pouls à 104.

- Nervosité. Impressionnabilité. Dyspnée facile.
Grosse parotide dure à gauche. Mange à gauche.
12. Mme MOR... 34 ans. Consulte pour métrorragies prises pour fibrome à 23 ans.
Pas d'oreillons. Règles toujours abondantes.
Maladie de Basedow.
Grosses parotides, surtout à droite; début en même temps que le Basedow, il y a un an.
Mauvaise dentition. Forte mangeuse.
Tendance à obésité depuis accouchement.
13. Mme RO... 38 ans. Septième grossesse en cours.
Réglée abondamment avec avance. Quatre enfants. Deux fausses-couches.
Hérédo-syphilitique avérée. Wassermann négatif.
Goitre assez accusé, quoique non remarqué.
Exophtalmie. Pouls de 88 à 116 debout. Palpitations. Sueurs. Tremblement léger. Ces symptômes ont augmenté par traitement Iodure de HG.
Parotides très dures et palpables. Assez bonne dentition.
14. Mme HEN... 48 ans. Couturière. Consulte pour rhumatisme. Hypertension : 18-9.
Toujours réglée régulièrement, peu.
Légère hypertrophie du corps thyroïde. A la puberté, on craignit un goitre. Jamais de basedowisme.

Grosses parotides bilatérales. La pression de la parotide droite détermine hypersalivation, picotements, toux et larmolement du même côté. (Rien aux glandes lacrymales.) Mêmes phénomènes si la malade se couche sur la glande. Dentition bien tenue.

15. Mlle MOU... 44 ans. Couturière. Consulte en mars 1926 pour syphilis secondaire en activité (érythèmes miliaires en bouquets, Wassermann fortement positif).

Pas d'oreillons. Bien réglée depuis 13 ans. Fibrome des deux seins.

Goitre à la puberté. Basedow intense. Exophtalmie.

Grosses parotides, surtout à droite. Mauvaise dentition.

Forte mangeuse. A maigri depuis deux ans.

Revue en juin 1926. Après hémato-éthyoïdine, le corps thyroïde a dégonflé. Les parotides ont bien diminué.

Revue en juin 1927. Après traitement antisypilitique il ne persiste plus ni goitre, ni hypertrophie parotidienne.

16. Mlle POU... 22 ans. Institutrice. Hypothyroïdienne.

Une sœur a un goitre.

Réglée à 15 ans, rarement, avec douleur.

Grosses parotides dures. Mauvaise dentition ;
absence des incisives supéro-latérales.

Obèse et courtaude : 1 m. 44.

17. Mme DID... 22 ans. Oreillons dans l'enfance.

Réglée depuis 13 ans 1/2, en retard, perd peu
pendant deux jours.

Troubles thyroïdiens. Pouls à 120. Tremblement.
Frilosité. Peau grasse. Visage empâté. Syncope
des extrémités. Palpitations. Peurs. Ni goitre,
ni exophtalmie.

Parotides perceptibles. Mauvaise dentition ; inci-
sives inférieures crénelées. Mange peu.

18. Mme DUC... 42 ans. Radiculite cervicale et trou-
bles névropathiques.

Réglée à 17 ans. Six grossesses, dont trois faus-
ses-couches.

Petit goitre médian.

Parotides appréciables.

19. Mme DEL... 36 ans. Troubles consécutifs à trai-
tement radiothérapique d'un fibrome guéri.

Réglée à 12 ans. Sciatique. Hypertension : 16-7.

Corps thyroïde un peu gros.

Parotides un peu grosses, surtout à droite.

Bonne dentition. Bonne mangeuse.

Obèse.

20. Mme BON... 28 ans. Régée à 13 ans, bien. Wassermann positif.
Goitre assez volumineux.
Grosses parotides.
21. Mme X... 40 ans. Mère morte à 75 ans de cancer.
Frère mort à 53 ans de cancer à l'estomac.
Sœur opérée de tumeur du sein à 47 ans, ayant aussi un goitre.
Régée à 12 ans, bien.
Goitre. Nervosité. Tremblement. Pas d'exophtalmie.
Parotides palpables, dures. Grosse mangeuse.
22. Mme POI... 24 ans. Régée à 15 ans, un jour, toutes les trois semaines. Un enfant.
Hypertrophie du corps thyroïde.
Grosses parotides.
23. Mme PUS... 41 ans. Kératose et acrocyanose.
Régée à 14 ans, un jour seulement.
Goitre droit.
Grosses parotides, dures. Mauvaise dentition.
24. Mme BAU... 25 ans. Ménagère. A eu douze frères et une sœur, dont un en sana.
Régée à 15 ans, en retard de sept jours, durée quatre jours. Un enfant.

Goitre depuis puberté, actuellement mou et parenchymateux.

Grosses parotides visibles. Incisives supérieures caniniformes. Absence des incisives latérales.

Wassermann positif.

CONCLUSIONS

I. — L'Hypertrophie Parotidienne Habituelle est relativement fréquente, alors que les parotidites chroniques sont rares.

Elle s'accompagne exceptionnellement d'hypertrophie des autres glandes salivaires.

Elle se différencie du syndrome de MICKULICZ, dans ses formes frustes ou atypiques, par l'absence de tuméfaction des glandes lacrymales.

Sauf de rares exceptions elle ne détermine aucun trouble subjectif. Aussi doit-on la rechercher de façon systématique, en s'aidant toujours de la palpation.

II. — Le problème étiologique est complexe. Ce syndrome existe dans les deux sexes, surtout chez l'adulte, indépendamment des professions, sauf pour les H. P. H. d'origine saturnine. Il ne paraît pas influencé par les antécédents ourliens. Il se rencontre volontiers chez des syphilitiques ou des porteurs d'affections pulmonaires (tousseurs chroniques).

L'hyperfonctionnement est certainement un facteur adjuvant, de même que, à un moindre degré, les irritations locales dues à la mauvaise dentition ou au tabagisme.

III. — Les porteurs d'H. P. H. présentent fréquemment des symptômes associés d'insuffisance endocri-

nienne et se recrutent de préférence parmi les catégories suivantes :

- Obèses gros mangeurs ou emphysémateux.
- Dysthyroïdiens (surtout femmes).
- Insuffisants génitaux.

IV. — La pathogénie de ce syndrome est difficile à établir avec les données actuelles. C'est là le travail de l'avenir qui précisera la place exacte des parotides et des glandes salivaires parmi les glandes endocrines, ainsi que les interactions qui les régissent.

En particulier les glandes génitales, le pancréas et, surtout, le corps thyroïde paraissent en rapports avec la parotide endocrine.

V. — Bénigne par elle-même, l'H. P. H. doit faire rechercher et traiter la perturbation endocrinienne qui l'accompagne fréquemment.

A la faveur d'une opothérapie uni ou pluriglandulaire des symptômes associés, et même, s'il y a lieu, d'un traitement antisiphilitique, la régression de la tuméfaction parotidienne témoignera de l'amélioration de l'état du sujet.

Vu :
LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
HARVIER.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAND. — Adénoïdisme avec myxœdème, infantilisme et hyperparotidie. *Soc. Pédiatrie*, décembre 1920.
- ALEXANDRE. — Recherches expérimentales sur la fonction glycorégulatrice présumée des glandes salivaires. *Arch. Ital. Mal. App. Dig.*, février 1933.
- ALPERN. — La parotidite syphilitique. *Thèse*, Paris, 1935.
- ANDRÉ. — Les sialorrhées d'origine génitale. *Thèse*, Paris, 1898.
- APERT. — Tuméfaction parotidienne. *Presse Méd.*, 15 décembre 1934.
- ASANO. — Sur la fonction endocrine des glandes salivaires. *Arch. Jap. Chir. Kioto*, décembre 1935.
- BAUCHET. — Hypertrophie de la parotide. *Mém. Soc. Chir., Paris*, 1855.
- BERTHON. — Cont. ét. maladie de Mickulicz. *Thèse*, Paris, 1911-1912.
- BOURGES. — A propos de deux cas de syndrome de Mickulicz. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 19 juin 1924.
- BRANLAT. — Tumeurs de la parotide. *Thèse*, Paris, 1874.
- BRUNEAU. — Cont. ét. exubérance parotidienne. *Thèse*, Paris, 1874.
- CAHANE. — Influence de la glande parotide sur le métabolisme hydrocarboné. *C. R. Soc. Biol.*, 1933.
- CAHANE (M.) et CAHANE (F.). — La fonction endocrine des glandes salivaires. *Rev. Franç. Endoc.*, octobre 1930.

- CAHANE (M.) et CAHANE (T.). — Sur un cas de diabète sucré avec hypertrophie des parotides. Considération sur la fonction endocrine des glandes parotides. *Rev. Franç. Endoc.*, octobre 1933.
- CAIN et ALPERN. — Parotidite syphilitique. *Le Document Médical*, mai 1935.
- CHEINISSE. — Maladie de Mickulicz. *Lyon Médical*, 1909.
- COMBY. — Note sur l'hypertrophie simple des glandes parotides chez plusieurs saturnins. *France Médicale*, août 1892.
- *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 16 novembre 1917.
- CONDAMIN. — Parotidite consécutive à intervention dans la sphère génitale de la femme. *Soc. Chir.*, Lyon, 1903.
- CRAFFE. — Hypertrophie des glandes salivaires observée dans quelques affections mentales. *Thèse*, Paris, 1924.
- CROUTES. — Cont. ét. parotidite saturnine. *Thèse*, Paris, 1897.
- DALCHÉ. — Parotidite à la ménopause. *Gynécologie*, août 1903.
- Hyperparotidie. *Presse Méd.*, 3 novembre 1920.
- DESLANDRES. — Cont. ét. Mal. de Mickulicz. *Thèse*, Paris, 1930.
- DOBZANIECKI et MICHALOWSKI. — Influence de la suppression de l'excrétion parotidienne sur la glycorégulation. *Lyon Chir.*, septembre-octobre 1931.
- EHRlich (Marthe). — Cont. ét. pathologie des parotides. *Presse Méd.*, 15 février 1922.
- ESCANDE. — Cont. ét. pathogénie du syndrome de Mickulicz. *Thèse*, Paris, 1933.
- FAROY. — Pancréas et parotide dans l'hérédo-syphilis du nourrisson. *Thèse*, Paris, 1909.
- FARRONI. — Funzione endocrine della glandiolo salivari. *Riv. crit. di Clin. Méd.*, 1911.

- TEIL et HEIM DE BALSAC. — Saturnisme au début. *Paris Méd.*, 26 mai 1933.
- FERANNINI. — Diabète zuccherino salivare senza glycosuria. *Cung. Méd.*, octobre 1907.
- FONTOYNONT. — Le Mangy. *Presse Méd.*, 3 juin 1911.
- FRENKEL. — Syndrome de Mickulicz à l'état physiologique. *Provence Méd.*, 1908.
- GOUGET. — Evol. des idées modernes sur la maladie de Mickulicz. *Presse Méd.*, 1913.
- GRASSI. — Sur la fonction endocrine supposée des glandes salivaires. *Endocrinologie*, mars 1930.
- HYMANS VAN DEN BERGH. — Symetrical hypertrophy of Parotid glands. *Nederl. Tydschr. Amsterdam*, 1915.
- IZET. — Cont. ét. parotidites post-opératoires. *Thèse*, Paris, 1935.
- JAYLE. — Hypertrophie de la glande parotide et parotidite chronique. *Presse Méd.*, 1894.
- JONG (DE) et JOSEPH. — Un cas fruste de syndrome de Mickulicz. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 24 janvier 1908.
- LAFFOLEY. — Hypertrophie simple des parotides. *Thèse*, Paris, 1894.
- LATTÉS. — Tuméfactions chroniques de la parotide. *Clinique et Laboratoire*, 20 janvier 1937.
- LÉRI et GUTMAN. — Hypertrophie simple, congénitale, familiale, héréditaire et régionale de diverses glandes salivaires. *Presse Méd.*, 23 octobre 1912.
- LÉOPOLD LÉVI. — Vue générale sur l'endocrinologie.
- LÉOPOLD LÉVI et DE ROTSCCHILD. — Etude sur la physiopathologie du corps thyroïde.
- LONG-DEPAQUIT. — La salive chez le diabétique. *Thèse*, Paris, 1920.
- MADRU. — La glande salivaire des diabétiques. *Thèse*, Paris, 1900.

- MASSARY (DE) et TOCKMANN. — Syndrome de Mickulicz de nature syphilitique. *Soc. Méd. Hôp.*, 21 juin et 21 novembre 1918.
- MATTEI. — Notes cliniques sur les grosses parotides. *Presse Méd.*, 13 juin 1918.
- MÉRY, GIRARD et MERCIER-DESROCHETTES. — Maladie de Mickulicz avec sympathicotomie et syndrome polyglandulaire fruste. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 24 mars 1921.
- MOREL. — Parotidites post-opératoires. *Thèse*, Paris, 1907.
- MOSCOVICI. — Syndrome de Mickulicz de nature syphilitique. *Thèse*, Paris, 1919.
- PARHON et CAHANE (M.). — Sur une particularité structurale des segments intercalaires des glandes salivaires semblant en rapport avec une fonction endocrine. *Bull. Soc. Neuro-Psych. et Endoc.*, 1923.
- PARHON et GOLDSTEN. — Les sécrétions internes.
- PASQUALINI. — Parotidites post-opératoires. *Thèse*, Montpellier, 1909.
- PERRIER. — Parotidites chroniques. *Thèse*, Paris, 1936.
- PLANTEAU. — Cont. ét. tumeurs parotidiennes. *Thèse*, Paris, 1876.
- RAILLIET. — Hypertrophie parotidienne et basedowisme post-émotionnel. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 6 décembre 1918.
- Les grosses parotides des combattants. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 13 décembre 1918.
- REVERCHON et WORMS. — Hyperparotidie d'origine auriculaire. *Soc. O. R. L.*, Paris, 21 février 1921.
- RIBADEAU-DUMAS et FAROY. — Parotidite hérédosyphilitique. *Le Nourrisson*, mai 1919.
- RUPPE. — Acquisitions récentes sur les glandes salivaires. *Paris Méd.*, 9 mai 1936.

- SAUSSOL. — Diverses formes cliniques de la maladie de Mickulicz. *Thèse*, Paris, 1909-1910.
- SARDA. — Hypertrophie physiologique des glandes salivaires et lacrymales. *Thèse*, Toulouse, 1912-1913.
- SÉNÈQUE. — Quelques considérations étiologiques pathologiques et thérapeutiques sur les parotidites post-opératoires. *Pratique Méd. Franç.*, mai 1931.
- SERRUS. — Parotidites post-opératoires. *Thèse*, Toulouse, 1920.
- SICARD et LEBLANC. — Maladie de Mickulicz fruste limitée aux glandes salivaires. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 28 juin 1912.
- SIGWALD. — Hormones et régulations hormonales. *Gaz. Méd. de France*, 15 octobre 1937.
- SIMONETTA. — Nouvelles recherches sur la sécrétion interne présumée des glandes parotides. *Arch. Sc. Méd.*, 1931.
- SOUQUES et CHENÉ. — Quelques formes anormales de la maladie de Mickulicz. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 26 février 1909.
- THEODORESCO. — Maladie de Mickulicz et syphilis. *Ann. Mal. vénér.*, 1914.
- THIBERT. — De l'hyperparotidie. *Thèse*, Paris, 1922.
- TREMOLIÈRES et CAUSSADE. — Simulation des oreillons. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 7 juin 1918.
- UNGAR. — Les parotides et le diabète. *Polska Gaz. Lekarska*, janvier 1933.
- URECHIA, CIOCANELLI et RETZEANU. — Sur quelques effets des extraits des glandes salivaires. *Rev. Franç. Endoc.*, octobre 1930.
- UTIMURA. — Einfluss der Extirpation der Speicheldrüsen auf verschiedene organe, besonders auf die Endocrine Drusen. *Jap. Journal of. Med. Sc.*, 1927.
- VUILLET. — Syphilis des glandes salivaires. *Thèse*, Paris, 1912-1913.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
M^{rs}. VIGOT Frères

